

Revisão

PLACA ESTABILIZADORA MISTA PARA CONTROLE DO BRUXISMO SEGUNDO O PROTOCOLO ESTABELECIDO PELO PROJETO PLACA SOCIAL

João Victor Melo de Almeida ^{a*}, Rodrigo Faria Amorim, Lia Dietrich ^a, Eduardo Silva Botelho ^a, Henrique Cury Viana ^a e Fernando Nascimento ^a

^a *Faculdade de Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil.*

Resumo

O presente trabalho buscou compreender sobre o bruxismo, que se define como apertar e ranger os dentes, com foco no tratamento pela placa oclusal. Muitos métodos têm sido sugeridos para a confecção deste tipo de placa, porém, cada um apresenta suas vantagens, assim como limitações, e devem ser escolhidos de acordo com a situação clínica e expectativa do paciente. Diante destes fatos, este trabalho tem como objetivo revisar a literatura baseada em evidências científicas acerca dos conceitos de bruxismo, além de apresentar uma técnica de confecção de dispositivo interoclusal de baixo custo para controle do bruxismo. Para tanto a metodologia foi através de uma revisão de literatura narrativa com o método exploratório. Concluindo que as placas oclusais mistas favorecem a proteção dentária, muscular e articular, protegendo suas estruturas mastigatórias, sendo consideradas conservadoras, reversíveis, de baixo custo, fácil confecção e bem indicadas para pacientes que sofrem de bruxismo.

Palavras-chave: Bruxismo; Placa oclusal; Placa social.

MIXED STABILIZER PLATE FOR THE CONTROL OF BRUXISM ACCORDING TO THE PROTOCOL ESTABLISHED BY THE SOCIAL PLATE PROJECT

Abstract

The present work sought to understand about bruxism, which is defined as squeezing and grinding teeth, focusing on treatment by occlusal plaque. Many methods have been suggested for making this type of plate, however, each one has its advantages, as well as limitations, and should be chosen according to the clinical situation and patient's expectations. Given these facts, this work aims to review the literature based on scientific evidence about the concepts of bruxism, in addition to presenting a technique for making a low-cost interocclusal device to control bruxism. For this, the methodology was through a review of narrative literature with the exploratory method. Concluding that the mixed occlusal plates favor the protection of teeth, muscles and joints, protecting their masticatory structures, being considered conservative, reversible, of low cost, easy to manufacture and well indicated for patients who suffer from bruxism.

Keywords: Bruxism; Occlusal plate; Social board.

PLACA ESTABILIZADORA MIXTA PARA EL CONTROL DEL BRUXISMO SEGÚN EL PROTOCOLO ESTABLECIDO POR EL PROYECTO PLACA SOCIAL

Resumen

El presente trabajo buscó comprender sobre el bruxismo, el cual se define como apretar y rechinar los dientes, enfocándose en el tratamiento por placa oclusal. Se han sugerido muchos métodos para realizar este tipo de placa, sin embargo, cada uno tiene sus ventajas, así como sus limitaciones, y deben elegirse de acuerdo con la situación clínica y las expectativas del paciente. Ante estos hechos, este trabajo tiene como objetivo revisar la literatura basada en evidencia científica sobre los conceptos de bruxismo, además de presentar una técnica para la fabricación de un dispositivo interoclusal de bajo costo para el control del bruxismo. Para ello, la metodología fue a través de una revisión de la literatura narrativa con el método exploratorio. Concluyendo que las placas oclusales mixtas favorecen la protección de dientes,

*Autor para correspondência: joao.00971@alunofpm.com.br

músculos y articulaciones, protegiendo sus estructuras masticatorias, siendo consideradas conservadoras, reversibles, de bajo costo, fáciles de fabricar y bien indicadas para pacientes que padecen bruxismo.

Palabras llave: Bruxismo; Placa oclusal; Tablero social.

1. Introdução

Atualmente é possível acompanhar o crescente número de lesões não cariosas por atrição, que nada mais são do que um desgaste patológico do tecido duro quando existe o contato entre os dentes naturais e/ou artificiais envolvendo as superfícies oclusais e incisais durante a mastigação ou parafunção, denominado de bruxismo (DIELBOUFLEUER, 2011).

Segundo Lobbezoo *et al.* (2018), o bruxismo é definido como uma atividade involuntária dos músculos mastigatórios caracterizada por apertar ou ranger os dentes, ou então quando há movimentação da mandíbula aleatoriamente com ou sem som audível. O bruxismo pode ser classificado como: bruxismo do sono (BS), pois se manifesta durante o sono, podendo ser rítmico ou não rítmico e bruxismo em vigília (BV), quando o paciente está acordado, caracterizado por contato dentário repetitivo ou contínuo e/ou apoio ou empurrão da mandíbula.

O diagnóstico do BS depende de relatos dos indivíduos, da avaliação do desgaste de estruturas dentárias, presença ou não de mobilidade dentária e na observação de outras evidências clínicas, tais como hipertrofia dos músculos mastigatórios, dor na articulação temporomandibular ou fadiga nos músculos mastigatórios (LOBBEZOO *et al.*, 2013).

Já o BV é caracterizado pelo apertamento voluntário, consciente e frequente dos dentes. Sua causa está ligada ao estresse, fatores emocionais, sendo sua etiologia menos conhecida, e o que se sabe é que é complexo e multifatorial (LOBBEZOO *et al.*, 2013).

Os meios de confecção convencionais, ou manuais, estão sujeitos a muitas variáveis assim como métodos diferentes de montagem e ajuste das placas para cada técnico ou laboratório. Sendo assim, por meio da técnica convencional, as placas nunca poderão ser padronizadas, não sendo possível duplicá-las, mesmo que para o mesmo paciente e confeccionada pelo mesmo técnico (LAUREN; MCINTYRE, 2008). Deste modo, percebe-se que estudos sobre bruxismo, bem como dos tratamentos disponíveis é de grande importância.

Objetivou-se elaborar uma breve revisão da literatura sobre os conceitos e evidência científicas sobre o bruxismo, descrevendo sobre a sequência de confecção das placas e a realização de uma discussão sobre os benefícios. Para tanto a metodologia foi através de uma revisão de literatura narrativa com o método exploratório em artigos sobre a confecção da placa mista oclusal, elaborada no ano de 2018.

2. Bruxismo: conceitos e definições

Para Gimenes (2008) quando não ocorre o ranger de dentes, o bruxismo está relacionado a um tique ou hábito vicioso, como por exemplos o ato de morder lápis, caneta, cachimbo, ou o ato de morder o lábio, língua, bochechas e chupar dedos, sendo esse caracterizado como bruxismo cêntrico.

Lavigne *et al.* (2005) ainda ressaltam que o bruxismo pode ser categorizado em primário, quando não há causa específica ou idiopático, quando relacionado com alguma condição médica ou medicação.

Os sinais e a sintomatologia do bruxismo se tornam perceptíveis quando ultrapassam a resistência dos tecidos bucais. Suas manifestações apresentam-se como: hipertrofia e aumento da tenacidade dos músculos da mastigação; edentações

na língua; dor nos músculos faciais; dor nas articulações temporomandibulares (ATM); dor de cabeça; vertigem e desgastes das bordas incisais dos elementos dentais anteriores. Entretanto, quando há adaptação fisiológica o dente é o mais prejudicado, perdendo gradativamente esmalte e dentina, além da degradação de estrutura periodontal e em estado progresso, o elemento dental (MULLER, 2019).

Segundo Vanderas *et al.* (1999, p. 14) “[...] indivíduos com bruxismo são mais predispostos à ansiedade, mais vulneráveis a distúrbios psicossomáticos e menos socializados”. Oliveira (2002, p. 01) complementa que “Deprimidos, emocionalmente estressados e aliados ao medo e à baixa autoestima, tais indivíduos têm maior predisposição para desenvolver o bruxismo. Assim, esta parafunção reflete de forma comportamental em um hábito disfuncional que conduz o indivíduo a descarregar suas tensões, mesmo que lhe cause autoagressão”.

De acordo com Barbosa *et al.* (2015), atualmente existem diversos tipos de tratamentos propostos para esta ordem, tais como o uso de placa oclusal, a higiene do sono, uso de medicamentos, ortopedia facial, toxina botulínica, homeopatia e terapias comportamentais. Atualmente na literatura há evidências científicas disponíveis acerca do melhor tratamento e torna-se necessário que o cirurgião-dentista conheça as características, saiba diagnosticar e ao menos encaminhar o paciente, sempre ressaltando que não existe uma cura e que todo processo envolve, também, a área psicológica.

Para Macedo (2008) e Klasser *et al.* (2015), os efeitos do bruxismo do sono podem ser controlados e minimizados através de um grupo de estratégias que compreendem o tratamento comportamental, a farmacologia, a injeção de toxina botulínica, a eletroestimulação, a acupuntura, as placas oclusais e a associação de técnicas. A eletromiografia é considerada o exame mais direto e objetivo para avaliar o bruxismo, faz-se registro de gravações de áudio, que registram a atividade dos músculos mastigatórios do paciente durante o sono. A polissonografia é o exame “*gold standard*”[†] no diagnóstico do bruxismo do sono, contemplando registros audiovisuais de atividade muscular.

Segundo Bader; Lavigne (2000), a principal intervenção clínica relacionada ao bruxismo deve estar voltada à proteção do dente através das placas oclusais, com consequente redução do hábito do ranger dental, além de promover o alívio das dores faciais e da melhoria na qualidade do sono, caso o mesmo esteja sendo afetado. Contudo, para Klasser *et al.* (2010) a utilização do dispositivo oclusal, não impede a atividade parafuncional do paciente, tendo como principal função proteger e limitar o dano causado por ela.

A placa oclusal é um aparelho removível, normalmente feito de acrílico, que recobre as superfícies oclusais e incisais dos dentes de um arco, criando contatos homogêneos com os dentes do arco oposto. As mesmas também são utilizadas para proteger os dentes e as estruturas de suporte de forças oclusais que possam vir a destruí-los. A terapia com placa tem apresentado resultados favoráveis no controle do bruxismo, por ser uma modalidade de tratamento reversível e não invasiva (CLARK, 1984; OKENSON, 2000).

Existem vários tipos de placas oclusais citadas na literatura, assim como diversas técnicas preconizadas para sua confecção. Este fato gera insegurança por parte do cirurgião dentista no momento de indicar certo tipo de aparelho oclusal ao seu paciente. A dúvida pode surgir também com relação ao método escolhido para sua fabricação que venha a proporcionar-lhe características clínicas adequadas, de forma a torná-lo eficiente na terapia instituída.

O método de fabricação convencional das placas oclusais possui, na sua maioria, alto custo de fabricação, de acordo com o material e as técnicas utilizadas. Com isso, foi iniciado no estado do Pará em 2018, o projeto Placa Social, formado por uma equipe de dentistas e acadêmicos da UNISUL, PUC-PR e as Prefeituras de Curitiba, Florianópolis e Palhoça, no qual

[†] Padrão-ouro

visou desenvolver uma técnica para controle do bruxismo de maneira segura e com baixo custo, sendo essa a fabricação de uma placa mista, descrita por Okeson (1992) eliminando a fase laboratorial, moldagem do antagonista e ASA (Articulador Semi-Ajustável), com propósito de levar para a população de baixa renda uma placa oclusal acessível, objetivando avaliar a possibilidade de sua aplicação em serviços públicos.

3. Sequência de confecção da placa mista

Tendo em vista a falta de um fluxo de cuidado que aborde o controle do bruxismo na população brasileira que utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao elevado custo e às dificuldades técnicas para fabricação de placas oclusais feitas em laboratório, este trabalho propôs a execução de placas estabilizadoras mistas por terem a confecção em consultório pelo próprio dentista, utilizando técnica simples com placas de acetato e resina acrílica ativada quimicamente (RAAQ) - projeto Placa Social (2018).

3.1 Etapa clínico/laboratorial – primeira etapa

- Moldagem da arcada superior com hidrocolóide irreversível presa regular de boa qualidade;
- Após faz-se o vazamento de gesso adequado (preferencialmente tipo pedra - Tipo III) logo após a moldagem e desinfecção do molde;
- Recorte do modelo perfurando a área do palato, facilitando a ação do vácuo da plastificadora à vácuo;
- Plastificação, com um aparelho de pressão à vácuo, de uma placa de 1,0 mm de espessura de acetato dura cristal sobre o modelo de gesso (Figura 1 e Figura 2);



Fig. 1 - Modelo superior na plastificadora. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.



Fig. 2 – Placa em acetato 1mm com modelo de gesso. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.

- Recorte do Acetato com discos (metal ou carborundum) ao nível da papila interdental na superfície vestibular (Figura 3) e aproximadamente 10 mm além do limite cervical na superfície palatal.



Fig. 3 - Recorte vestibular da placa. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.



Fig. 5 - Base de acetato da Placa estabilizadora. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.



Fig. 4 - Placa de acetato 1mm. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.



Fig. 6 - Placa de acetato 1mm vista frontal. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.

- Uma ponta de borracha dura ou fresa pode ser usado para eliminar os excessos de resina na área palatina;
- Identifique o primeiro contato dental após manipulação mandibular em Relação Cêntrica;
- Após, deve-se asperizar o acetato nas regiões onde será aderida a resina acrílica: toda a superfície oclusal e palatal;
- Perfure todas as pontas de cúspides na placa de acetato (Figura 9). Este passo promoverá o contato direto do acrílico aos dentes, objetivando a maior rigidez.

2.1. Etapa clínica– segunda etapa

- Com a placa de acetato em boca, identificar o contato dental e confeccionar um “stop” anterior com resina acrílica autopolimerizável objetivando criar um espaço de aproximadamente 2mm deste contato dos dentes anteriores (Figura 7, Figura 8, Figura 9 e Figura 10);



Fig. 7 – Confecção do stop anterior. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.



Fig. 8 – Mostra o espaço do stop anterior de 2mm do Maxicut. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.

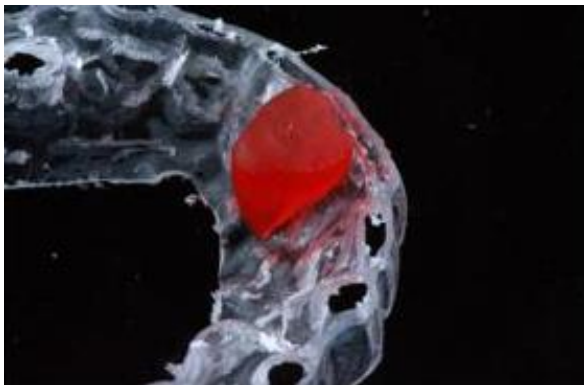


Fig. 9 – Perfurações feitas na placa com broca. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.



Fig. 10 - Stop de oclusão feito na base da placa. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.

- Manipule em um pote Paladon uma quantidade adequada conforme o tamanho da placa e descrição do fabricante do Acrílico utilizado;
- Com esse acrílico utilizado fazer um incremento único em toda a extensão da placa solicitando que o paciente oclua até encostar no “stop”;
- Remover da boca, marcar com lápis as edentações e iniciar um ajuste com tesoura enquanto o acrílico ainda está na fase plástica;



Fig. 11- Recortes feitos na resina acrílica. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.

- Ajuste das guias anterior e lateral com rampa única na região dos caninos;
- Conferir e refinar os contatos com papel carbono e fresa *maxicut*;
- Polimento final com borrachas e escovas específicas para resina acrílica.

Antes da entrega da Placa ao paciente, ela tem que possuir rigidez, estabilidade e retenção, lisura e sem marcas edentadas, lateralidade em caninos quando possível, espaço de 2 a 2,5 mm entre os últimos dentes.



Fig. 12 - Placas oclusais após contatos bilaterais simultâneos. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.



Fig. 13 - Placa com características finais prontas para uso. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.



Fig. 14 - Paciente com placa ocluindo em MIH. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.



Fig. 15 - Placa estabilizadora mista modificada instalada no paciente. Fonte: Projeto Placa Social, 2018.

3. Resultados e discussão

Quando se trata do controle do bruxismo, os dispositivos interoclusais por serem conservadores e reversíveis, são utilizados em larga escala. De acordo com os autores (GREENE; MENCHEL, 2018) as placas interoclusais são os dispositivos mais seguros para o controle do bruxismo do sono e podem ser usadas de diversas maneiras: no arco superior ou inferior, cobrindo totalmente ou parcialmente os dentes, podendo ser simples, planas ou modificadas de diversas maneiras (com guia canina ou com estabilizadores de mandíbula).

A placa oclusal é uma estratégia primária para evitar o desgaste dentário e diminuir o ruído (MACEDO *et al.*, 2007; GUAIATA; HOGL, 2019) e só deve ser indicada com a finalidade de proteção de estrutura dental e em caso de dor muscular, disfunção temporomandibular e cefaleia (LOBBEZOO *et al.*, 2008). Porém, Afrashtehfar *et al.* (2014) contraindicaram o uso

de qualquer placa em crianças de qualquer idade, pois acreditam que pode interferir no desenvolvimento e crescimento orofacial.

Por não provocarem efeitos colaterais aos dentes, as placas mais utilizadas são as que se encaixam sobre todos os dentes em uma arcada dentária, conhecidas como placas de estabilização. Esses dispositivos de cobertura total podem ser feitos de resina acrílica ativada termicamente (RAAT) processada em um laboratório de prótese dentária, mais comumente utilizada; ou com a RAAQ (resina acrílica ativada quimicamente) incrementada sobre uma placa de acetato, confeccionadas no próprio consultório.

Os dispositivos interoclusais confeccionados por RAAQ em consultório foram citados por Okeson (1992). A técnica realizada pelo autor elimina a moldagem da arcada antagonista, a montagem em articulador semiajustável e o envio ao laboratório, diminuindo o tempo e o custo da produção, podendo ser utilizada para fins de temporização ou quando o custo da placa convencional é um impedimento. Por essa razão, este estudo baseou-se na placa criada por Okeson para a confecção das placas estabilizadora mista com intuito de reduzir os custos de produção das mesmas e facilitar sua ingressão aos serviços oferecidos pela saúde pública.

Esta técnica oferece a segurança da Placa estabilizadora rígida, de maneira imediata e sem a necessidade de confecção do modelo antagonista, montagem em articulador semiajustável e o trabalho laboratorial. A consequente diminuição dos custos possibilita seu uso em populações carentes e serviços públicos de saúde onde este fator é um limitante. Seu uso imediato também é eficaz em casos de carregamento imediato de próteses sobre implante e como dispositivo temporário em reabilitações orais extensas onde vários conjuntos de próteses provisórias são necessárias.

Cruz *et al.* (2011), em seu estudo, avaliou dois tipos de dispositivos para controle do bruxismo: a placa estabilizadora rígida e a placa maleável. Após avaliar testes eletromiográficos antes e após o uso das placas por dois grupos de 8 pessoas durante 46 a 60 dias, concluiu que as rígidas são melhores para o controle do bruxismo do sono do que as placas maleáveis. Em contrapartida, André *et al.* (2011) ao descreverem a placa mista, relataram que uma desvantagem da mesma é a absorção de uma quantidade muito grande de 14 fluidos bucais

Também é esperado que com o tempo de uso, um maior desgaste das placas mistas em relação às placas convencionais, pois a RAAQ possui menor grau de polimerização e maior concentração de monômero residual, fazendo com que a resistência máxima e rigidez dessas sejam menores que a da RAAT. Entretanto, não se sabe ao certo qual a durabilidade das placas, pois alguns fatores extrínsecos possuem influência nesse desgaste, como a intensidade do movimento realizado durante a atividade do bruxismo e a frequência com que ele acontece; além da higienização e cuidado do paciente quando relacionadas a absorção dos fluidos bucais.

Observa-se que a literatura ainda apresenta escassez em relação a estudos clínicos que avaliem o uso de dispositivos interoclusais de controle de bruxismo, sobretudo as placas estabilizadoras mistas. A presente pesquisa apresenta algumas limitações por se tratar de um estudo com amostra reduzida, sendo necessária cautela na interpretação dos resultados, visto que a análise descritiva não permite o estabelecimento de uma relação causal entre as variáveis analisadas. Além disso, o tempo de análise da amostra do estudo limitou uma avaliação a longo prazo do uso das placas sociais.

4. Considerações finais

O bruxismo continua sendo obscuro em sua etiologia, discutível no tratamento e indefinido no seu prognóstico. Por isso, adota-se a filosofia de controle por meio das placas oclusais. A alteração da técnica convencional possibilita um aumento

da rigidez da placa estabilizadora mista modificada sem alterar o tempo da sua confecção e sua adaptação pelos pacientes que usam a mesma, além de diminuir significativamente o valor final da mesma, tornando-a mais acessível à população, podendo atrair um maior público para o tratamento.

Referências

- Afrashtehfar KI, Afrashtehfar CD, Huynh N. Managing a patient with sleep bruxism. J Can Dent Assoc. 2014;80: e 48 [acesso em 10 jul 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25675370/>.
- André C.B., Bigliazzi R. e Bozelli J.V. Desmistificando as placas oclusais. Prothes. Lab. Sci. São Paulo. 2011; 1:49-56. [acesso em 15 jul 2021]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/RenatoBigliazzi/publication/303519919_Desmistificando_as_placas_clusais/links/5779056c08ae1b18a7e61d82/Desmistificando-as-placas-clusais.pdf.
- Barbosa JS, Machado NG, Conti PCR. Bruxismo infantil: o que o ortodontista deveria saber. In: Associação Brasileira de Odontologia; Pinto T, Garib DG, Janson G, Silva Filho OG, (orgs.) Pro-odonto ortodontia: Programa de Atualização em Ortodontia: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 121-222. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4).
- Bader G, Lavigne G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. Sleep Med Rev. 2000;4(1):27-43 [acesso em 20 ago 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/smr.1999.0070>.
- Clark, G. A critical evaluation of orthopedic interocclusal appliance therapy: effectiveness for specific symptoms. J Am Dent Assoc, v. 108, p. 363-68, 1984. [acesso em 27 jul 2021]. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/6371097>.
- Cruz-Reyes RA, Martínez-Aragón I, Guerrero-Arias RE, García-Zura DA, González-Sánchez LE. Influence of occlusal stabilization splints and soft occlusal splints on the electromyographic pattern, in basal state and at the end of six weeks treatment in patients with bruxism. Acta Odontol Latinoam. 2011;24(1):66-74. [acesso em 15 jul 2021]. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/22010409>.
- Dielboulfleuer, R. M. Lesões não cariosas: da etiologia ao tratamento.. Dissertação (Mestrado em Dentística). Faculdade Ingá, Passo Fundo/RS, 2011.
- Gimenes, MCM. Bruxismo aspectos clínicos e tratamentos. Campo Grande. Janeiro 2008 [acesso em 15 jul 2021]. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/9870/1/16%2011%20Adriana%20TCC%20UNISUL%20.docx%20.pdf>.
- Greene CS, Menchel HF. The use of oral appliances in the management of temporomandibular disorders. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2018, páginas 265-277 [acesso em 23 jul 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2018.04.003>.
- Guaita M, Högl B. Current Treatments of Bruxism. Current Treatment Options in Neurology, Austria. 2016: páginas 18-25 [acesso em 23 jul 2021]. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11940-016-0396-3.pdf>.
- Klasser, G. D.; Greene, C. S.; Lavigne, G. J. Oral appliances and the management of sleep bruxism in adults: A century of clinical applications and search for mechanisms. International Journal of Prosthodontics, v. 23, n. 5, 2010 [acesso em 27 jul 2021]. Disponível em: <https://www.ebsco.com/conversion-testing-statement>.
- Klasser, G., Rei, N., Lavigne, G. Sleep Bruxism Etiology: the evolution of a Changing Paradigm; 2015.
- Lauren, M.; McIntyre, F. A new computer-assisted method for design and fabrication of occlusal splints. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, v. 133, n. 4, páginas 130-135, 2008 [acesso em 27 jul 2021]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889540607013728>.
- Lobbezoo F, Zaag J, Selms MKA, Hamburger HL, Naeije M. Principles for the managem. Wiley Online Library, 09 Junho 2008 [acesso em 15 jul 2021]; volume 35, páginas 476-494. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2008.01853.x>.
- Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Glaros, A., Kato, T., Koyano, K., & Lavigne, G. J. et al., Bruxism defined and graded: an international consensus. Journal of Oral Rehabilitation. 04 de novembro 2013. [acesso em 20 ago. 2021]; volume 45, páginas 2-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.12011>.
- Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, et al. International consensus on the Assessment of bruxism: Report of a work in progress. J Oral Rehabil. 21 Junho 2018 [acesso em 20 ago. 2021]; volume 45, páginas 837-844. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.12663>.
- Macedo CR, Silva AB, Machado MA, Saconato H, Prado GF. Occlusal splints for treating sleep bruxism (tooth grinding). Cochrane Database Syst. Rev. 4, 2007 [acesso em 23 jul 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005514.pub2>.
- Macedo, Cristiane Rufino. Bruxismo do sono. Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial 13 (2) Abr 2008 [acesso em 15 jul 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpress/a/6XDY7FkL54KYmJVkcNhr3m/?lang=pt>.
- Muller, J. S. Placa estabilizadora mista modificada para o controle do bruxismo do sono. 2019. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2019 [acesso em 15 jul 2021]. Disponível em: <https://riuni.unisul.br/handle/12345/7678?show=full>.

Okeson JP. The Effects of Hard and Soft Occlusal Splints on Nocturnal Bruxism. *J Am Dent Assoc* 1992;114(6):788-91. [acesso em 27 jul 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1987.0165>.

Okenson, JP. Fundamentos de Oclusão e Desordens Temporo-mandibulares. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.

Oliveira W. Disfunções temporomandibulares. São Paulo: Artes Médicas; 2002 [acesso em 15 jul 2021]. Disponível em: <https://riuni.unisul.br/handle/12345/7678?show=full>.

Vanderas AP *et al.* Urinary catecholamine levels and bruxism in children. *J Oral Rehabil*. 1999; 26, páginas 103-110 [acesso em 15 jul 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2842.1999.00341.x>.